

SERVIZI POVERI NON POSSONO CURARE I POVERI

Una comunità si confronta per difendere un bene comune: la salute mentale. E dagli Stati generali di Frosinone le pratiche del cambiamento

di **Patrizia Monti***

Con gli Stati generali della Salute mentale, il Dipartimento di Salute mentale della Ausl di Frosinone ha inteso raggiungere l'obiettivo di costruire percorsi condivisi di salute. Sono stati tre giorni di incontri e confronto, quelli che si sono svolti dal 25 al 27 settembre, con tutte le realtà del territorio che, in vario modo, sono coinvolte nel progetto di salvaguardia del benessere psicofisico della popolazione. Si è deciso di chiamare questo incontro: "Stati generali della Salute mentale" recuperando nella memoria le analoghe convocazioni che in Francia coincidevano con i momenti difficili. Anche quella attuale è una crisi difficile.

Una crisi che, prima ancora che economica, è di identità e di ideali: siamo tutti esposti ancora di più alla sofferenza, e gli operatori preposti alla "cura" vivono una

condizione di disorientamento e disagio, quando devono "descrivere" i percorsi di esclusione e marginalizzazione di molte patologie, perché tali percorsi sono da contestualizzare nella storia individuale, ma anche in quella familiare e sociale. E quando si tenta di allargare lo "sguardo", la realtà sociale di riferimento prospera proprio sull'esclusione: operiamo in una società che accresce la propria ricchezza quanta più povertà produce.

Il diritto di avere una chance

Molti dei protagonisti della salute mentale di oggi sono stati testimoni di un evento epocale: il fermento culturale che negli anni 70 portava l'Italia, primo paese al mondo, alla scelta rivoluzionaria di chiudere i manicomi: fino ad allora la presenza del malato era funzionale all'istituzione "totale", dalla

**Responsabile Centro diurno Orizzonti aperti di Frosinone*

legge 180 del 1978 in poi gli verrà chiesto un ruolo da primo attore. Il protagonismo delle persone affette da disturbi mentali, la considerazione del loro sapere è l'acquisizione maggiore della legge Basaglia.

Diversi lustri sono trascorsi da allora. I sogni, i dubbi, le speranze hanno continuato ad alimentare l'ostinata ricerca di alleanze, per contrastare anche la povertà dei nostri servizi, l'atteggiamento autoreferenziale.

Con l'esperienza sul campo è maturata la consapevolezza che servizi "poveri" di risorse producono istituzionalizzazione e, paradossalmente, spreco e basano la propria esistenza sull'appiattimento dell'esigenza del singolo individuo, del suo diritto ad ottenere una chance d'inserimento nella vita sociale privo di stigma. Avere come unico obiettivo la rimozione o l'attenuazione dei segni di malattia con il controllo farmacologico, è indice di povertà dei servizi. E i servizi poveri non possono curare i "poveri" se non con la segregazione e l'oppressione, cioè escludendo ed escludendosi, in nome del perpetuarsi delle organizzazioni istituzionali stesse che, così, rispondono efficacemente alla funzione di controllo del popolo dei diversi.



Agli Stati generali della salute mentale di Frosinone hanno partecipato operatori da numerose regioni italiane

Per cambiare bisogna “fare assieme”

Con questo quadro di riferimento si è voluto compiere quel salto di qualità avvenuto nei lavori di gruppo della *kermesse*.

La caratteristica comune a tutti i gruppi era l'interdisciplinarietà, come presenza di diverse componenti sociali e comunitarie, che hanno sempre un ruolo determinante nell'individuazione dei percorsi di cura più efficaci. L'esperienza di ascolto e di partecipazione collettiva ha avuto la giusta dimen-



Il logo del centro diurno di Frosinone

sione di condivisione nelle restituzioni in plenaria ed è sicuramente alla base dei “cambiamenti” percepiti dagli addetti ai lavori che animano il confronto quotidiano nei nostri servizi.

In particolare, il gruppo “I percorsi riabilitativi: integrazione terzo e quarto settore” ha visto la partecipazione di operatori pubblici, privati, volontari dell’associazionismo, utenti e familiari. In questo gruppo l’ascolto di tutti è stato reso possibile con un *brain storming* che ha fatto emergere le aspettative, i sogni, le delusioni, la voglia di partecipare, di affermare la propria presenza, poi condensata in un’efficace espressione che indica la strada da seguire: “centro diurno come centro sociale”. I componenti la rete, cioè, hanno vissuto la possibilità di attuare un cambiamento e di mettere a sistema l’esperienza maturata in questi anni di collaborazione con i servizi, troppo spesso improntata allo spontaneismo e a volte

anche alla casualità.

Anche nella pratica riabilitativa quotidiana abbiamo sempre teorizzato che la condivisione e il fare assieme dovessero fondare la rivoluzione del nostro operare, perché non si trattava di sostituire le disabilità con le abilità, ma di mettere in campo strategie per aumentare le opportunità di scambio di risorse e di affetti, perché solo all’interno di tale dinamica dello scambio si crea un effetto “abilitante”. (Saraceno)

E allora abbiamo organizzato gli incontri del mercoledì, che riuniscono intorno a un tavolo cittadini, volontari, operatori, utenti, familiari che si interrogano su quale obiettivo comune darsi. Mi sembra di poter dire che abbiamo avviato un processo che ha aperto spazi negoziali per il paziente, la famiglia, la comunità circostante e i servizi che si occupano del paziente.

Tale processo pone al centro, più che l’autonomia, la partecipazione: l’obiettivo non è

cambiare il debole affinché resti in scena con i forti, ma cambiare le regole della scena, così da rendere possibile la “convivenza” di forti e deboli in uno scambio permanente di competenze ed interessi.

Basaglia: creare una presa di coscienza

Concludo con un pezzo tratto dalle conferenze brasiliane di Franco Basaglia: «Se il lavoro di salute mentale è identificato con la lotta contro la povertà, allora il nostro ruolo di tecnici, medici, psicologi e conoscitori degli strumenti di gestione tecnica diviene una cosa secondaria. Non sarebbe preferibile estinguere le professioni psichiatriche e diventare politici? Come si misura l'identità professionale all'interno di una visione simile? Penso che noi dobbiamo tenere in piedi contemporaneamente i due ruoli, quello tecnico e quello politico. Nel momento in cui io porto una persona a prendere coscienza delle contraddizioni in cui vive, non sto facendo un'azione tecnica ma politica. È vero però che io esplico così anche il mio essere psichiatra. Facciamo un esempio: in una famiglia di operai c'è un figlio handicappato e ogni mattina il padre e la madre, che devono andare a lavorare, portano il bambino un giorno a casa di un amico, un altro giorno da un altro. Ma la solidarietà non è eterna e questa famiglia sarà obbligata a internare in un istituto il figlio(...). Questa circostanza produce angoscia nei genitori, crea già una situazione nevrotica. Ed ecco che io come psichiatra, nel mio lavoro di salute mentale, vengo chiamato da questa famiglia che si sente in colpa per aver internato il bambino.



L'immagine scelta per gli Stati generali della salute mentale di Forsinone

Quale sarà il mio compito? Curare la nevrosi della madre o la depressione del padre? (...) Ma questo intervento non sarebbe che una modalità di repressione della famiglia(...) devo spiegare perché sono stati obbligati a internare il bambino(...) perché l'organizzazione sociale ha impedito loro di dare al bambino l'affetto di cui aveva bisogno. Questa è un'azione politica e tecnica allo stesso tempo e il mio compito di psichiatra è questo. Non è di dare farmaci ai genitori, ma piuttosto di creare una presa di coscienza, un nuovo codice che consenta a queste persone di capire le cose.» ■